

CONSULTA EN SALA
UNIVERSIDAD DEL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

TESINA

**CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN Y
CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL HIV – SIDA.**



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

LIC. ANA MARIA BIESSY

ARGENTINA

Noviembre 1999

UNIVERSIDAD DEL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

CARRERA DE POSTGRADO:

MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

DIRECTOR DE LA CARRERA:

DRA. LILIANA LICCIARDI

TUTORA:

DRA. MABEL BIANCO

TESINA

**CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN Y
CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL HIV – SIDA.**

AUTORA:

LIC. ANA MARIA BIESSY

INDICE TEMATICO.

INTRODUCCION _____	6
CAPITULO I.	
MARCO CONCEPTUAL.	
I.1 – El origen y el devenir de la problemática _____	9
I.2 – Políticas públicas _____	10
I.3 - Representaciones sociales _____	11
I.4 - Representaciones sociales y Sida _____	13
CAPITULO II.	
METODOLOGIA.	
II.1 – Objetivo general _____	17
II.2 - Objetivos específicos _____	17
II.3 - Tipo de estudio _____	18
II.4 - Fuentes de datos _____	18
II.5 - Población _____	19
II.6 - Variables seleccionadas _____	20
II.7 - Etapas de la investigación _____	21
II.8 - Material y método _____	22
CAPITULO III.	
EL SIDA HOY EN ARGENTINA _____	24
CAPITULO IV.	
CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN SOBRE HIV-SIDA.	
IV.1 – Campañas oficiales _____	29
A - Nivel Nacional _____	29
B - Nivel Provincial _____	37
C - Nivel Municipal (G.C.B.A.) _____	39
IV.2 - Campañas no oficiales _____	40

CAPITULO V.

ANALISIS DE LOS DATOS _____	42
V.1 – Información sobre prevención en HIV-SIDA _____	45
V.1.1- Fuente de información _____	49
V.2 – Contenidos de las campañas de prevención sobre HIV-SIDA _____	52
V.3 - Propuestas _____	62

CAPITULO VI.**A MODO DE CONCLUSIONES...**

VI.1 – Un primer punto de partida _____	66
VI.2 – ...Algunos puntos de llegada _____	67
VI.3 – Un nuevo punto de partida _____	70

ANEXOS.

Anexo 1 _____	73
Anexo 2 _____	82
Anexo 3 _____	100
Anexo 4 _____	105

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS
Y FUENTES DE DATOS** _____**109**

INDICE DE FIGURAS.

Figura IIL1: Representación gráfica

Tasa de incidencia anual enfermos de Sida x millón hab. _____ **24**

Figura IIL2: Representación gráfica

Personas enfermas (%) según grupo de edad y sexo. _____ **25**

Figura IIL3: Representación gráfica

Distribución de casos totales de Sida según lugar de residencia. _ **26/27**

Figura V.1: Mapa

Cordones poblacionales de la Ciudad de Buenos Aires. _____ **44**



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

...Agradecimientos...

...a la Dra. Mabel Bianco

...a la Dra. Laura Astarloa,

...a la Dra. Celia Wainstein,

...a la Lic. Gloria Cortón,

...a todas las personas que me ayudaron en este estudio,

... a mis amigos:

... Teresa, Sylvia, Viviana, Adriana, Alicia, Dora, Eduardo,

Mariel, Mirta, Santiago, Noemi.

... a mis compañeros de trabajo,

...a mis compañeros de estudio,

... y, especialmente, a vos, Mario...

USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

*“... tenemos que arrancarnos las telarañas
que nos ponen en los ojos cada día
y destaparnos los oídos,
para ser capaces de ver las imágenes
deslumbrantes de la realidad cotidiana
que tan gris parece,
y poder escuchar sus mejores voces
para desafiar una cultura dominante
que nos deja ciegos...”*

UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Eduardo Galeano.

INTRODUCCION.

Este proyecto intenta delimitar uno de los niveles que hacen a la problemática del HIV-SIDA: el impacto de las campañas de prevención en la representación social de la población en torno a este problema.

Si bien existen ya diversos estudios (Biagini, Grimberg, Margulies, Wallace) referidos a los aspectos preventivos del HIV-SIDA por un lado, y al tema de las representaciones sociales por otro, se observa que son insuficientes los que investigan sobre el impacto y las implicancias de ambos.

Como punto de partida, y en el marco del actual sistema de salud con clara injerencia en el proceso de salud-enfermedad de la población, se analizarán datos epidemiológicos ofrecidos por la autoridad nacional sanitaria, según los que, los casos de Sida, caracterizados como personas con síntomas de enfermedad, se concentran en la Argentina en un 42% en la franja de edad que se extiende entre los 15 y los 29 años, registrándose un 41% entre los 30 y los 44 años. Entre los 25 y los 29 años se ubican la mayor cantidad de casos detectados. Asimismo, se analizarán datos significativos de la evolución de la enfermedad en relación al aumento de casos entre personas pertenecientes al nivel socioeconómico bajo y al sexo femenino, lo que ha dado lugar a caracterizar el perfil de la enfermedad en nuestro país como cada vez más joven, más pobre y más femenino.

Según estadísticas de años anteriores, los datos indican el significativo crecimiento de la enfermedad en nuestro país en general y en lo particular de la Provincia de Buenos Aires, prioritariamente en conurbano bonaerense y Ciudad de Buenos Aires.

Cabe aquí señalar algunos interrogantes:

- Cuáles son los motivos que hacen que aumente anualmente el número de personas que sufren la enfermedad?
- Por qué ha aumentado tanto el número de mujeres infectadas?
- Por qué se infectan y mueren mayoritariamente los pobres y marginados?
- Cuáles son las contradicciones entre los discursos y las prácticas preventivas que hacen que aumente anualmente el número de personas infectadas, que se infecten mujeres y, en una distribución socioeconómica distinta, pobres y marginados?

A la luz de los resultados, es posible inferir la ineficacia de la “política preventiva” encarada por las autoridades, centrada en “campañas” en las que el concepto “prevención” aparece asociado a “lucha contra” la enfermedad. A fin de profundizar el estudio sobre las mismas, se analizarán los contenidos de diversas campañas preventivas implementadas por las autoridades sanitarias nacionales, por O.N.G., y por otras organizaciones sociales de la Ciudad de Buenos Aires, durante el período comprendido entre 1990 – 1998.

En las ciencias sociales hay acuerdo en concebir al proceso de salud-enfermedad como un fenómeno social e histórico. También la forma en que una sociedad responde o previene el daño constituye parte del objeto de una sociología interesada en conocer las condiciones y condicionantes de los procesos de vivir, enfermar y morir de los conjuntos poblacionales.

El Sida constituye un nuevo fenómeno social. En su elaboración están interviniendo no sólo procesos teóricos y técnicos, sino procesos institucionales e ideológicos en los que está inmerso el saber y la práctica médica junto a otros actores, y otra clase de saberes y representaciones de sentido común, en los cuales el Sida adquiere resonancias diversas.

En el marco de estas resonancias diversas se propone incorporar en este estudio, la conceptualización de la dimensión *construcción social* que incluya aquellos procesos

ideológico-políticos, entendiéndolos como procesos de condicionamiento recíproco entre el imaginario y las prácticas y saberes en torno de la salud-enfermedad, desarrolladas por los “especialistas”, el Estado y los conjuntos sociales.

Aquí se abre un área de trabajo aplicada para las ciencias sociales: indagar acerca de los condicionamientos macro y microsociales que operan sobre el concepto de esta enfermedad; que producen ciertas vinculaciones de los sujetos con su cuerpo; que traducen cierta relación con los sistemas de atención formales y no formales; que legitiman los condicionantes de un sistema socioeconómico determinado.

Es un área de trabajo aplicado, ya que a partir de este conocimiento se podrá colaborar para incidir en un mejor diseño e implementación de programas preventivos que consideren esta dimensión de significación del problema, perfilados en una estrategia de *Atención Primaria en Salud*. Estrategia que, filosóficamente, implica el desarrollo de un sistema sanitario que asuma el derecho a la salud en el marco de los fundamentales de las personas, respondiendo a criterios de justicia y equidad en el acceso a la misma, e instrumentada *a partir* de las necesidades de la población y a través de su activa participación.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

CAPITULO I.

MARCO CONCEPTUAL.

I.1 - El origen y devenir de la problemática.

El SIDA irrumpió en nuestra cultura cuando la Medicina creía haber derrotado a las enfermedades infecciosas, paradójicamente derrotando cualquier resabio moderno de megalomanía de la Ciencia.

El HIV contradijo los mandamientos de la modernidad. Resquebrajó más todavía los pilares de la confianza en la ciencia y en la técnica, en el progreso y en el hombre.

Quizá sólo en las condiciones actuales podía producirse una epidemia que siendo universal se fragmente y disemine por el mundo. Se fragmente en el imaginario de "grupos" pero se disemine por todos los seres humanos.

Al decir de Silvia Inchaurreaga, si debiéramos definir nuestra época, "ésta se definiría indudablemente desde la fragmentación. Fragmentación, tal vez el efecto más perverso de la enfermedad que, imbuída en un sentido apocalíptico, ha venido a socabar uno de los mitos fundacionales de la Medicina positivista: la creencia en la derrota definitiva de las enfermedades infecto-contagiosas."¹

Fragmentación de la sociedad en una variedad de grupos, sectores, minorías, que cargan con un sentido ancestral de culpa. Culpa que se seculariza en el discurso para inscribirse en el imaginario social de fines del siglo XX.

La fragmentación trae aparejada una lógica consecuencia, la exclusión, que determina la construcción de "grupos de riesgo" donde el imaginario es que la identidad del sujeto constituye a priori la posibilidad de riesgo de contagio.

¹ Silvia Inchaurreaga- "El SIDA en la cultura"- Homo Sapiens Ediciones. 1997.

Sin embargo, la respuesta por parte de las autoridades sanitarias nacionales apunta a profundizar la parcialización de la problemática. Parcialización que se refiere, exclusivamente, a considerar al SIDA como una “enfermedad infecto-contagiosa”, sin contemplar los componentes ocultos de la misma.

I.2 - Políticas públicas.

Las políticas públicas implementadas en los últimos años, a través de las autoridades sanitarias, distan de haber contribuido a evitar la expansión de la epidemia. No son eficaces para la prevención ya que sus respuestas son “a posteriori”. Desde impulsar los testeos masivos (abril /92) hasta reforzar viejos prejuicios, dan respuestas homogéneas sin tener en cuenta clases sociales, diferencias culturales o de género y han desconocido la experiencia internacional en cuanto a prevención que demuestra la eficacia de las campañas focalizadas en grupos reducidos. Tienden a ser restrictivos de los derechos individuales y se orientan a estigmatizar y controlar.

En tal sentido, R. Jáuregui (fallecido en 1994) opinaba:

“La gente muchas veces es prejuiciosa por ignorancia. Y las campañas estatales lo único que han logrado es desorientar. No hay continuidad. Las campañas aparecen y desaparecen al compás de los tiempos políticos”²

En este sentido, si pensamos en las grandes inversiones y beneficios relacionados a la fabricación de tecnología, medicamentos y reactivos, etc. desarrollados en torno al Sida y tenemos en cuenta las inversiones desparejas y mínimas destinadas a la prevención, “queda de manifiesto lo ideológico en la asignación de recursos: del lado de la productividad está la enfermedad o su tratamiento, no así su evitación”³

² Diario Clarín- Buenos Aires- 1 diciembre 1994.

³ Pena C.- Del psicoanálisis a las prevenciones en torno al Sida, en “Más allá del VIH”- Edic. Fundación Alberto Espariz- Bs. As., 1994.